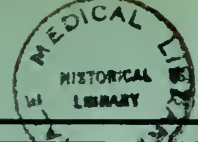
3e SÉRIE. TOME XXXIII. 59e ANNÉE



Variolation

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PUBLIÉ PAR MM.

J. BERGERON, SECRÉTAIRE PERPÉTUEL

CADET DE GASSICOURT, SECRÉTAIRE ANNUEL

N° 20. — Séance du 21 mai 1895.

Hervieux. Variolisation Ancienne et moderne.
(4 numéros) In: Bulletin de l'Academie de
Médecine, Paris. 3ième serie:
1895, tom.33, pag.515 et 554 - 524; 562;
1901, tom.45, pag.276 - 282;
1902, tom.47, pag.401-404;

I / 1895

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, boulevard Saint-Germain.

(Distribué le 27 mai 1895.)

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Le *Bulletin de l'Académie de médecine* paraît le dimanche de chaque semaine.

Chaque numéro contient le compte rendu de la séance du mardi précédent.

Il forme chaque année un volume in-8° de plus de 1,000 pages.

Paris. . . . . 15 fr.
Départements. 18

Les abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE *ont droit à une réduction de 7 francs sur le prix de l'abonnement* au BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

Prix des deux abonnements pris ensemble : 32 fr.

SÉANCE DU 21 MAI 1895

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

SOMMAIRE : *Correspondance officielle :* M. le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, *Publications;* M. le ministre de l'intérieur, *Accouchements;* MM. les préfets, *Épidémies, Vaccinations.* — *Correspondance manuscrite :* MM. Pozzi, Reclus, Ferrand, Hutinel, André, Burcker, Weiss, Petrini, *Candidatures:* M. Gaillard, *Pli cacheté;* M. Cassedebat, *Épidémies, Vaccinations;* M. Thibaudet, *Grippe;* M. Fichot, *Épidémies ;* M. Labat, *Suisse.* — *Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés :* M. Gaubert, *Chambres mortuaires d'attente;* MM. Poirier et Charpy, *Anatomie;* M. Poulain, *Eaux minérales;* M. Lafon, *Diabète.* — *Élection d'un correspondant national dans la IIIe division* (*Médecine vétérinaire*) : M. Cornevin (de Lyon) est élu. — *Rapports :* I. M. Le Dentu, *Sur un mémoire de M. Quénu, concernant deux cas d'anévrisme traités au moyen de l'extirpation chez le même sujet:* II. M. Straus, *Sur des remèdes secrets et nouveaux.* — *Communications :* I. M. A. Chatin, *Sur la richesse des huitres en phosphore; discussion :* MM. A. Gautier, Le Roy de Méricourt; II. M. Hervieux, *Variolisation ancienne et moderne.* — *Discussion sur la tuberculose larvée des amygdales :* MM. Dieulafoy, Cornil, Grancher. — *Lectures :* I. M. Commenge, *Maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française;* II. M. Garnault, *Massage rythmé ou vibratoire des muqueuses dans le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles.*

Le procès-verbal de la dernière séance, lu par M. le Secrétaire annuel, est adopté.

M. le Secrétaire perpétuel communique les pièces de la correspondance :

Correspondance officielle.

I. M. le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes transmet des recueils et mémoires, provenant des diverses Facultés de l'Université de Tokio. — (*Renvoi à l'examen de* M. Straus).

II. M. le ministre de l'intérieur adresse le compte rendu des accouchements pratiqués de 1865 à 1894 dans le département du Morbihan, par M[lle] Bauduin, sage-femme à Vannes. — (*Renvoi à l'examen de* M. Porak).

III. L'Académie reçoit, de plusieurs préfets, des rapports sur le service de la vaccine et celui des épidémies, dans leurs départements respectifs, en 1894. — (*Commissions des épidémies et de vaccine*).

Correspondance manuscrite.

I. MM. les D[rs] Pozzi et Reclus se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire. — (*Renvoi à la section*).

II. MM. les Drs Ferrand et Hutinel demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicales. — (*Renvoi à la section*).

III. MM. les Drs André, Burcker et Weiss se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales. — (*Renvoi à la section*).

IV. M. le Dr Gaillard demande à l'Académie d'accepter le dépôt d'un Pli cacheté. — (*Accepté*).

V. M. le Dr Petrini (de Bucharest) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger dans la 1re division (*Médecine*). — (*Commission spéciale*).

VI. M. le Dr Cassedebat, médecin-major de 2e classe, envoie un rapport manuscrit sur les maladies épidémiques observées au 2e régiment de zouaves — (*Commission des épidémies*) — et le relevé des vaccinations et revaccinations qu'il a opérées en 1894-1895. — (*Commission de vaccine*).

VII. M. le Dr Thibaudet (de Saint-Claude) adresse deux mémoires sur les récidives successives et à brève échéance dans la grippe, et sur un cas de fluxion de poitrine et pneumonie abortive. — (*Commission des épidémies*).

VIII. M. le Dr Fichot envoie un rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Nevers en 1894. — (*Même Commission*).

IX. M. le Dr Labat adresse un ouvrage sur les eaux minérales et les stations sanitaires de la Suisse. — (*Commission des eaux minérales*).

Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés.

I. M. G. Lagneau : Un ouvrage intitulé : *Des chambres mortuaires d'attente dans l'histoire, la législation, la science*, est adressé à l'Académie par un avocat, M. B. Gaubert. L'auteur y expose les lois mortuaires anciennes et récentes; — il rappelle les opinions différentes de Winslow, Hufeland, Desessart, Josat, de Louis, Devergie, Bouchut, relativement aux inhumations précipitées des individus présentant l'apparence de la mort, mais pouvant être ramenés à la vie; — il pense que pour éviter l'enterrement d'individus vivants, il ne faut autoriser l'inhumation que lorsque la décomposition cadavérique est évidente. Aussi demande-t-il qu'au lieu de n'attendre pour l'inhumation qu'un délai de vingt-quatre ou trente-six heures après le décès

apparent comme actuellement en France, la loi prescrive d'attendre plusieurs jours avant de procéder à l'enterrement.

Conséquemment, pour éviter le séjour prolongé des cadavres dans les familles n'ayant souvent que des logements fort exigus, l'auteur croit indispensable de construire des chambres mortuaires publiques, où seraient provisoirement déposés les corps des décédés. Il en est ainsi dans plusieurs des Etats de l'Europe et d'Amérique, en particulier en Bavière, en Belgique, en Angleterre, en Italie. Aussi, M. Gaubert donne-t-il de très nombreux plans de ces chambres mortuaires.

Sans admettre, ainsi que l'auteur, une aussi grande fréquence des inhumations trop précipitées, il est incontestable que les chambres mortuaires peuvent être utiles, ne serait-ce que pour pouvoir éloigner promptement de familles nombreuses les cadavres de diphtériques, de varioleux, que j'ai vus quelquefois séjourner dans d'étroites chambres d'ouvriers.

Aussi, doit-on savoir gré au Conseil municipal, à la suite des propositions ou rapports de MM. Du Mesnil, Lamouroux, Chassaing, d'avoir fait construire à Paris des maisons mortuaires aux cimetières de Montmartre et du Père-Lachaise, bien que, jusqu'à présent, elles ne rendent peut-être pas encore autant de services qu'elles seraient à même d'en rendre.

M. Mathias Duval : J'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie, de la part de MM. Poirier et Charpy, du 2e fascicule du tome IIIe du *Traité d'anatomie humaine*. Ce fascicule, qui a pour objet l'Encéphale, nous présente un exposé complet des travaux récents sur cette partie de l'anatomie, qui a été, dans ces dernières années, l'objet de tant de recherches. Par son exposé lucide, par ses figures démonstratives, ce fascicule est à la hauteur de ceux qui l'ont précédé, et que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, avec les éloges qu'ils méritent.

III. M. Duguet : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un travail du Dr Poulain, de la Ferté-Macé, intitulé : *Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des eaux minérales de Bagnoles de l'Orne. Leur efficacité dans la cure des phlébites.*

Ce travail repose sur des observations personnelles et aussi sur une analyse nouvelle de l'eau de la Grande Source, qui est seule utilisée pour alimenter les appareils balnéatoires.

Cette analyse, pratiquée sur l'eau prise au griffon même de la source, démontre l'existence d'une quantité de silicate d'alumine et de fer beaucoup plus grande que celles qu'on a signalées jusqu'à ce jour. Il s'en trouve jusqu'à 0,19 centigrammes par litre, ce qui fait, pour un bain de 300 litres, 60 grammes environ.

M. Poulain croit pouvoir attribuer l'action curative remarquable

des eaux de Bagnoles de l'Orne, en grande partie à la présence de ce silicate double d'alumine et de fer. Pour lui, l'action astringente de ce sel, dans des bains prolongés, avec une thermalité élevée et soutenue, est le facteur principal dans la guérison des phlébites, dans la cicatrisation des ulcères variqueux, dans la disparition des œdèmes chroniques, qu'on observe à Bagnoles de l'Orne.

L'auteur ajoute que l'eau de Bagnoles, prise en boissons, présente des propriétés diurétiques indiscutables ; ses observations en font foi. Cette action interne des eaux de Bagnoles de l'Orne n'est pas à dédaigner, dans maintes circonstances, pour venir en aide à leur action périphérique.

Je demande le renvoi de ce travail à la Commission des eaux minérales. — (*Commission des eaux minérales*).

IV. M. Henri Moissan : J'ai l'honneur de présenter un mémoire de M. Ph. Lafon sur : *Les modifications du diabète*, par le traitement thermal de l'eau de la Bourboule. M. Lafon s'est livré à un travail d'analyses chimiques très intéressant et très complet, qui l'ont amené à constater généralement, sous l'action du traitement par l'eau de la Bourboule, une diminution notable du sucre diabétique, et dans quelques cas, la disparition complète du sucre. — (*Commission des eaux minérales*).

MM. Cazeneuve et Duplouy, correspondants nationaux, assistent à la séance.

Élection

d'un correspondant national dans la IIIe division (Médecine vétérinaire).

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la IIIe division (*Médecine vétérinaire*), d'après la liste suivante de présentation, dressée par la section :

En première ligne . . . M. Cornevin (de Lyon).
En deuxième ligne. . . M. Laulanié (de Toulouse).
En troisième ligne. . . . . M. Neumann (de Toulouse).

Nombre de votants : 60.

Majorité : 31.

Ont obtenu :

MM. Cornevin. . . . . . 33 voix
Laulanié. . . . . . 24 —
Neumann . . . . . 1 —
Plus 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Cornevin (de Lyon), ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, est proclamé correspondant national dans la IIIe division (*Médecine vétérinaire*).

Rapports

I. Sur un mémoire de M. QUÉNU concernant *deux cas d'anévrisme, l'un de l'artère iliaque externe, l'autre de la fémorale commune existant sur le même sujet, traités par* M. QUÉNU *au moyen de l'extirpation*,

par M. LE DENTU, rapporteur.

Au mois de novembre 1893, M. Quénu présentait à la Société de chirurgie un malade atteint de deux anévrismes. C'était un homme de trente-six ans, à la face blafarde et même un peu bouffie; il portait à droite une tumeur qui remontait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et empiétait par en bas sur la cuisse, tumeur pulsatile, soufflante, qui ne pouvait être qu'un anévrisme de l'iliaque externe ayant gagné un peu l'origine de la fémorale. Un commencement d'adhérence de la peau indiquait qu'un travail inflammatoire menaçant allait bientôt compliquer la situation. A gauche, une tumeur de la même nature occupait la base du triangle de Scarpa, dépassant un peu l'arcade de Fallope par en haut, descendant à cinq travers de doigt au-dessous d'elle.

Au dire du malade, les deux tumeurs avaient apparu à peu près en même temps, au commencement de l'année 1891, presque trois ans avant sa présentation à la Société de chirurgie. Un bruit de souffle râpeux au premier temps s'entendait au cœur, ainsi qu'un claquement vasculaire intense au second temps. Comme cet homme avait eu la syphilis et qu'il avait en plus des habitudes d'intempérance, syphilis et alcoolisme avaient bien pu s'associer pour déterminer l'artériosclérose, et finalement l'apparition d'un double anévrisme. Un traitement spécifique au sirop de Gibert fut administré, mais il ne pouvait naturellement épargner au patient une intervention chirurgicale quelconque.

Donc, le jour où M. Quénu demanda aux membres de la Société de chirurgie leur avis sur le cas de son malade, une minorité, dont je faisais partie, conseilla l'intervention la plus radicale, à savoir l'extirpation des deux tumeurs anévrismales. M. Quénu ayant à l'avance son opinion faite, ou peu s'en fallait, se sentit fortifié dans sa conviction par l'avis de la minorité et entreprit la cure par la méthode qui s'est taillé une large place

dans la thérapeutique des anévrismes depuis quelques années. D'ailleurs s'il avait le choix, du côté de l'anévrisme inguino-crural siégeant à gauche, entre la ligature de l'iliaque externe et l'extirpation, à droite, là où la tumeur était nettement et presque exclusivement iliaque, en regard de l'extirpation il n'y avait que l'incision du sac, méthode bien périlleuse, bien incertaine, ouvrant la porte à tous les périls et ne se recommandant en réalité que par des résultats médiocres, et la ligature de l'artère iliaque primitive. On sait, par le mémoire de Pierre Delbet (*Rev. de chirurgie*, 1888, p. 533), que neuf cas d'incision d'anévrismes inguinaux ou iliaques ont donné trois morts, soit un tiers, mais il s'agissait en réalité surtout d'anévrismes développés sur l'artère fémorale. La proportion des résultats négatifs serait plus élevée, sans conteste, si l'artère iliaque externe avait été toujours en cause.

Quant à la ligature de l'iliaque primitive, voici ce qu'elle a donné. Si l'on supprime du tableau de M. Delbet deux cas à siège douteux, il reste dix anévrismes iliaques traités par la ligature de l'iliaque primitive avec les résultats suivants : 2 morts rapides ou assez lentes, 3 gangrènes ayant nécessité l'amputation, 5 guérisons.

A coup sûr pour une opération aussi sérieuse, 50 p. 100 de guérisons ne représentent pas une proportion à dédaigner; mais rien ne prouve que l'extirpation ne puisse donner mieux. Les considérations et les statistiques sur lesquelles M. Delbet s'est appuyé pour préconiser l'extirpation de préférence à la ligature pour les anévrismes des autres artères peuvent tout aussi bien trouver leur application au cas qui nous occupe. D'une part, pour la ligature de l'iliaque externe, 16,90 p. 100 de mortalité d'après M. Delbet; d'autre part, pour les extirpations de grands anévrismes, 12,50 p. 100, voilà la situation en ce qui concerne la comparaison des deux méthodes. Malheureusement ces chiffres s'appliquent surtout aux anévrismes inguinaux et non aux iliaques. Or, ceux-ci nécessitent la ligature de l'iliaque externe très haut ou de l'iliaque primitive, au milieu d'énormes difficultés capables de rendre l'opération absolument inexécutable, tandis que la dissection préalable du sac en son entier ou dans certaines de ses parties peut mettre le chirurgien plus à l'aise pour découvrir et lier le bout artériel supérieur.

Cette considération, jointe à d'autres, donnera sans doute dans l'avenir l'avantage à l'extirpation sur la ligature. Elle a

procuré un succès à M. Bazy (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1891, p. 31). M. Quénu doit se féliciter d'y avoir eu recours à son tour, puisque le résultat a répondu à ce qu'il attendait de son intervention. Quelques détails relatifs à la technique qu'il a suivie ne seront pas sans intérêt.

L'opération du côté de l'anévrisme iliaque a eu lieu le 5 décembre 1893. Deux incisions, l'une parallèle à la crête iliaque et à l'arcade de Fallope, l'autre au grand axe de la tumeur, mettent à nu le sac. Mais comme il adhère à une certaine étendue de la paroi abdominale, une dissection laborieuse permet seule d'en séparer cette paroi et d'en décoller le péritoine. Un prolongement pelvien de la tumeur masque l'iliaque primitive; en la soulevant, M. Quénu découvre ce qui reste de l'iliaque externe (1 cent. 1/2 à 2 centimètres) et passe dessous, à un 1/2 centimètre de distance, deux fils de soie tressée plate. L'état très athéromateux du vaisseau rend cette précaution nécessaire. La ligature supérieure est serrée mollement, l'inférieure énergiquement, et l'artère résiste. Il reste encore à séparer la partie inférieure du sac, à lier la fémorale commune, l'épigastrique, la circonflexe iliaque, les musculaires de la cuisse. Une hémorragie se produit par un point du sac antérieurement rompu; l'application de pièces solides y met fin.

Au bout d'une heure trois quarts, l'opération était terminée. Après restauration de la paroi abdominale et de l'arcade de Fallope, un drain est introduit dans la plaie.

Les jours suivants, le malade se plaint simplement de quelques fourmillements et d'un peu de douleur dans le talon.

La température monte à 38 degrés un seul jour. Les suites eussent été parfaites si un état septique de la région se rattachant au commencement d'inflammation dont la tumeur avait été le siège, n'eût causé l'infection des fils de soie et retardé de plus de quatre mois la guérison complète qui eut lieu à la fin d'avril. Il en était résulté un ennui plus qu'un accident, car tout se résuma dans l'élimination de quelques fils et dans un suintement sans grande importance.

Seize jours après cette première opération, M. Quénu s'attaqua au second anévrisme qui était nettement fémoral. L'opération ne fut pas simple non plus, car il fallut réséquer avec l'artère un tronçon de la veine fémorale, lier la fémorale profonde, poser en tout une trentaine de ligatures et disséquer avec soin le nerf crural. Les suites de l'intervention furent aussi heureuses,

mais de ce côté aussi les fils de soie ne s'enkystèrent pas, et un suintement persista par une petite fistule pendant près de six mois.

La possibilité de sacrifier une portion d'un tronc veineux aussi important que la veine fémorale ressort de ce fait comme d'un certain nombre d'autres du même genre ou simplement analogues qui donnent à réfléchir. Ce qui constitue le danger des ligatures artérielles et veineuses, ce n'est pas tant l'amoindrissement de l'irrigation sanguine que la coagulation du sang à distance en amont et en aval des ligatures, coagulation ayant souvent pour conséquence des obstructions de nature embolique. Or, l'antisepsie réduit la coagulation à rien ou presque rien ; elle écarte donc le risque principal des ligatures ou l'amoindrit singulièrement. S'il s'agit des troncs veineux, elle supprime l'obstruction de proche en proche des veines par lesquelles devra se faire la circulation supplémentaire. Elle laisse largement ouvertes les voies collatérales et par là, éloigne la gangrène. De sorte qu'à la suite de l'extirpation aseptique d'une tumeur anévrismale l'obstruction ne porte que sur les extrémités des nombreux vaisseaux artériels ou veineux sectionnés et liés; elle ne va pas au delà. L'embolie ou la thrombose propagée sont impossibles ou fort peu à craindre.

C'est sur une raison du même genre que M. Delbet s'appuie pour donner d'une façon générale, dans le traitement des anévrismes, la préférence à l'extirpation sur la ligature unique entre le cœur et le sac. Le remous que des collatérales peuvent entretenir dans la tumeur où la coagulation se produit rapidement après la pose du fil, est bien fait pour entraîner des parcelles de caillots dans les branches de distribution du vaisseau. De là la fréquence relative de la gangrène. Qu'importe que la ligature soit aseptique, si une circonstance qui est indépendante de la septicité expose aux mêmes risques que les ligatures non aseptiques? Voilà pourquoi la cause de l'extirpation doit être considérée comme bonne, sinon encore comme tout à fait gagnée aux yeux de tous, en ce qui concerne les anévrismes des gros vaisseaux. On ne voit pas pourquoi ce qui est vrai et juste pour la fémorale ou la poplitée, le serait moins pour l'iliaque externe. Seulement on en sera réduit à raisonner par induction, tant que les faits d'extirpation d'anévrismes iliaques, bien distincts des anévrismes inguinaux qui sont surtout fémoraux et très peu iliaques, seront incapables, par suite de leur nombre excessive-

ment restreint, de fournir une base même à un rudiment de statistique (1).

Le double résultat obtenu par M. Quénu s'est parfaitement maintenu jusqu'à ce jour. Son opéré, auquel sa profession de clown impose les mouvements les plus désordonnés et les dislocations les plus invraisemblables, a recouvré toute son agilité et continue à faire les délices d'un des cirques les plus en vogue de Paris.

Je propose à l'Académie :

1° De voter des remercîments à l'auteur du travail que je viens d'analyser.

2° De déposer honorablement ce travail dans nos archives.

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

II. M. Straus donne lecture, au nom de la Commission permanente des remèdes secrets et nouveaux, de rapports sur les remèdes secrets, inscrits sous les n°s 678, 618, 602, 597, 599, 658, 635, 598, 608, 609, 633, 634, 691, 690, 688, 680, 5952, 681, 677, 676, 675, 679, 612, 611, 606, 610, 685. — (Les conclusions, toutes négatives, de ces rapports sont mises aux voix et adoptées.)

(1) Jusqu'ici, on ne peut, je crois, citer que les deux faits dus à des chirurgiens français et qui ont été suivis de guérison. Les cas d'anévrismes iliaques publiés depuis le travail de M. Delbet ont été traités par d'autres méthodes que l'extirpation. Les voici simplement énoncés :

Bradford. Incision sans ligatures d'un anévrisme faux de l'artère iliaque; mort. *Boston med. and surg. journ.*, 1891, p. 593.

Symons. Cas d'anévrisme iliaque guéri par la compression. *The Lancet*, 1891, vol. I, p. 80.

Clutton. Anévrisme iliaque traité par la ligature au-dessus et au-dessous du sac. *The Lancet*, 1892, vol. II, p. 40.

Jessop. Cas d'anévrismes multiples dans lequel l'artère brachiale et les deux iliaques externes ont été liées; mort. *The Lancet*, 1894, vol. II, p. 1142.

Communications.

1. *Sur la richesse des huîtres en phosphore*,

par M. A. Chatin.

Je demande à l'Académie la permission de lui signaler les résultats de recherches que je viens d'entreprendre, en collaboration avec M. Müntz, sur la richesse des huîtres en phosphore.

On sait, et nous l'avons antérieurement établi, que les coquilles d'huîtres renferment une grande quantité de phosphore; mais, ce que l'on ignorait et ce qui ressort des analyses que nous venons de faire, c'est que la chair des huîtres contient une proportion notable de phosphore directement assimilable sous forme de phosphate tribasique. Ce sont surtout les huîtres portugaises qui en sont riches : ainsi, une douzaine de ces huîtres contient 0 gr. 4 d'acide phosphorique, représentant 1 gramme de phosphate tribasique de chaux; l'huître de France en renferme un tiers en moins et ses coquilles la moitié moins encore.

Ainsi les huîtres qui, on ne l'ignore pas, sont très riches en fer et azote, le sont ausi en phosphore, qui en forme l'une des parties constituantes; elles constituent donc un excellent aliment, tant au point de vue alimentaire qu'au point de vue de l'hygiène.

J'ajoute qu'au cours de nos recherches, nous avons aussi reconnu que la coloration verte, comme la coloration brunâtre de certaines huîtres, était due à la présence de diatomées dans les infusoires des eaux des parcs; ces infusoires en sont à tel point remplis qu'il suffit de très peu de temps de parquage pour que les huîtres prennent cette coloration très recherchée par les gourmets.

M. A. Gautier : Je ferai remarquer tout l'intérêt de la communication de M. Chatin, surtout au point de vue de la présence du phosphore organique dans les huîtres. Beaucoup d'autres aliments que nous fournit la mer sont chargés de phosphore combiné ou organique. Tout le monde connaît la richesse des poissons, et en particulier de la laitance en phosphore. J'ai remarqué aussi, il y a quelques années, lorsque je faisais mes recherches sur l'huile de foie de morue, que ce médicament contient, non seu-

lement des alcaloïdes qui en sont la partie la plus active, mais aussi une notable proportion d'acide phosphoglycérique, provenant certainement du dédoublement des lécithines qu'on rencontre en abondance dans le foie, et les centres nerveux.

Je pense donc que c'est dans ces aliments et médicaments, auxquels il faut adjoindre le jaune d'œuf, et le lait, que le médecin doit chercher les meilleurs agents d'enrichissement de l'économie en phosphore, et même dans le cas du jaune d'œuf et de l'huître, en fer et en azote.

M. Le Roy de Méricourt : Il y a longtemps qu'on a reconnu que l'huître était un aliment excellent en cas de dysenterie ou de diarrhée des pays chauds.

II. *Variolisation ancienne et moderne*,

par M. Hervieux.

La variolisation a, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, occupé une si grande place dans la prophylaxie de la variole; l'habitude traditionnelle de cette pratique est, et a toujours été, malgré le zèle et le dévouement de nos médecins militaires, si profondément enracinée chez les indigènes de la plupart de nos colonies africaines ou asiatiques, aujourd'hui même quelques savants étrangers se livrent à des efforts si regrettables pour substituer la variolisation, sous le vocable de variolo-vaccine, à la vaccine jennérienne, qu'il ne me paraît pas sans intérêt d'étudier, dans ses différentes phases, l'histoire de cette funeste pratique.

I. La variolisation ancienne (c'est par elle que nous commençons) sera étudiée par nous dans ses origines, ses procédés divers, les accidents et les dangers qu'elle entraîne.

Le berceau de la variolisation est le même que celui de la variole. La première étant issue de la seconde, il est tout naturel que l'une ait pris naissance dans les mêmes régions que l'autre. Il y a plus; partout où la variole a été transportée par les courants humains, la variolisation paraît l'avoir suivie.

D'après les livres chinois, c'est en 1122 avant l'ère chrétienne qu'aurait eu lieu à Pékin la première épidémie de variole. C'est

aussi depuis un temps immémorial que la variolisation existerait en Chine. L'empereur de la Chine aurait, dit-on, en 1724 envoyé ses médecins varioliser, et suivant l'expression chinoise, semer la variole en Tartarie.

La variole et la variolisation régnent dans les Indes orientales depuis les temps les plus reculés. Il résulte d'un passage du *Sataya Grantham*, ouvrage sanscrit attribué à Dhanwantari que la variolisation était connue et pratiquée dans l'Inde depuis de longues années.

Dans les différentes parties de l'Afrique, au Sénégal, en Algérie, en Tunisie, dans la Tripolitaine, en Egypte, la connaissance de la variole et la pratique de la variolisation remontent à une époque très éloignée. En Ethiopie, les nègres procédaient de temps immémorial à des inoculations varioliques. Bruce, cité par Monfalcon, assure que la variolisation était pratiquée dès les temps les plus reculés en Nubie par des négresses ou des femmes arabes de la tribu des Shilooks, des Nubas, des Gubas, et par des esclaves venant de Dyra ou de Feyla.

Maty, cité par le professeur Masse, de Montpellier, dans son travail sur l'inoculation variolique, ne fait pas remonter aussi loin l'origine de la variolisation; ce serait à Avicenne ou à quelques-uns de ses disciples qu'il attribue la découverte de ce moyen prophylactique, expérimenté d'abord à Boukhara ou à Samarcande, et de là propagé tout autour de la mer Caspienne, en Géorgie, en Circassie, en Tartarie, en Chine, à la Mecque, et de là dans toute l'Asie et dans toute l'Afrique.

Le professeur Masse nous apprend également que, d'après Kassem-Aga, ambassadeur du dey de Tripoli, l'inoculation variolique avait été très anciennement pratiquée en Barbarie par la méthode des incisions que nos médecins militaires ont trouvée en vigueur sur toutes les parties du littoral africain occupées par nos troupes : Tunisie. Algérie, Sénégal, etc.

Entre tous les pays où, depuis un temps immémorial, la variolisation était une opération vulgaire, il faut citer la Géorgie et la Circassie, où s'approvisionnaient les harems de Perse, de Turquie et d'Égypte. Voltaire attribuait l'introduction de l'inoculation variolique en Circassie à deux causes : la tendresse maternelle et l'intérêt. « Les Circassiens sont pauvres et leurs filles sont belles, disait-il. Or, pour conserver à celles-ci la beauté dont ils faisaient trafic, ils ont eu recours à l'inoculation. »

Nous sommes loin d'être fixés sur l'époque à laquelle la vario-

lisation pénétra en Europe. C'est dans l'île de Céphalonie qu'elle aurait été, au dire de Carburi, mise en pratique pour la première fois, en 1539, puis de Grèce elle aurait été importée à Constantinople. Mais ce qui nous paraît plus probable, et ce qu'expliqueraient d'ailleurs les rapports de Constantinople avec la Circassie et la Géorgie, c'est que l'Asie-Mineure aurait été la voie par laquelle aurait eu lieu cette importation. Quoi qu'il en soit, c'est en 1673 qu'aurait eu lieu la première inoculation variolique à Constantinople.

Sprengel a consigné dans son *Histoire de la Médecine* (t. VI, p. 37, Paris, 1815) les renseignements fournis par Emmanuel Timoni, médecin à Constantinople, Jacques Pilarini, consul vénitien à Smyrne, et Samuel Skraggenstierna, médecin du roi de Suède, sur ce qui s'est passé à cette époque. Une épidémie variolique très meurtrière régnait dans la ville. Les médecins que nous venons de citer ayant cru remarquer que la maladie spontanément apparue était très grave, tandis que la variole artificiellement communiquée était généralement bénigne, conseillèrent l'opération et les résultats obtenus semblèrent démontrer son utilité.

En 1713, Timoni signala les avantages de la variolisation à Woodward, médecin du collège de Londres, qui ne tint aucun compte de sa communication. L'année suivante, les *Actes*, de Leipsick publièrent un extrait d'une dissertation du médecin de Constantinople sur le même sujet, et en 1715, Pilarini faisait connaître aux Vénitiens les bienfaits de cette opération.

C'est à lady Worthley Montagne, femme d'un ambassadeur anglais à Constantinople que l'on doit la diffusion de l'inoculation variolique en Europe. Témoin de quelques bons effets de cette opération en Turquie, elle fit inoculer son fils par une vieille Thessalienne qui, possédant le monopole de la variolisation, avait, dit-on, variolé ainsi 40,000 enfants. En paiement de ses services, elle recevait des cierges qu'elle partageait avec des prêtres grecs, qui s'étaient fait par reconnaissance les apôtres de la variolisation.

De retour en Angleterre, lady Montagne fit part de ses impressions à la princesse de Galles. Celle-ci obtint du roi qu'il fit expérimenter l'inoculation sur six criminels auxquels on laissa la vie sauve. Satisfaite du résultat, la princesse fit inoculer aussi ses enfants. Cet exemple donné par une princesse royale fit plus pour la vulgarisation de l'inoculation variolique que tous les

écrits des médecins anglais les plus célèbres de cette époque Hans Sloane, Maitland, Freind, Mead, Fuller, Jurin, Arbuthnot, Kirk-Patrick, etc.

Cependant la variolisation n'était pas chose nouvelle en Europe. D'après Monfalcon, elle aurait été très anciennement pratiquée, en Angleterre, dans le comté de Pembroke et dans le pays de Galles. Alexandre Monro assure qu'au XVIIIe siècle, les montagnards écossais inoculaient déjà depuis longtemps. La variolisation aurait été encore, en 1673, signalée en Danemark par Bartholin, à Thorn, en Prusse, au XVIIe siècle, par Simon Schulze, à Meurs et à Clèves, en 1713, par Schwenke. Enfin La Condamine prétend qu'on a trouvé en France des traces de cette opération, en Auvergne et en Périgord.

Toutefois, l'inoculation variolique eut beaucoup de peine à s'acclimater dans notre pays. Malgré les efforts éloquents de Voltaire et de Rousseau, malgré deux rapports très favorables présentés à l'Académie des sciences, par La Condamine, l'un en 1732, l'autre en 1758, et basés sur les observations qu'il avait recueillies lors de son voyage dans le Levant, la France restait assez réfractaire à cette fièvre de variolisation qui avait gagné une grande partie de l'Europe, et ce fut seulement en 1864 que, une commission de douze membres appartenant à la Faculté de médecine ayant été chargée par le Parlement d'examiner la question, Antoine Petit, malgré l'opposition de six de ses collègues, parmi lesquels il faut compter Astruc et Bouvart, conclut dans son rapport, à la tolérance de la variolisation en France.

L'Amérique avait mis beaucoup moins de temps à adopter la nouvelle mesure prophylactique qui, transportée en 1721, par un ecclésiastique, florissait dans la Guyane en 1728; bientôt elle se propagea dans la Nouvelle-York, dans les Yerseys et dans la Pensylvanie, et elle fut largement utilisée dans une épidémie terrible qui ravagea la Caroline.

Il est peu de pays en Europe où la variolisation n'ait été transportée ; elle a été recommandée en Suisse par Haller et Bernouilly ; en Hollande par Boerhave et Chais. Le prince régnant à Parme et le grand-duc de Toscane se sont fait inoculer. A Venise, le Sénat a décrété l'inoculation des enfants trouvés. En Russie, l'impératrice fut inoculée par Dimsdale. La variolisation a compté également des partisans en Prusse, en Autriche et en Pologne.

Quels ont été les procédés employés dans les divers pays où

cette opération a été pratiquée? Ces procédés sont les suivants :

1° *L'incision.* — Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'incision était un procédé employé en Barbarie dès les temps les plus reculés. Il consistait à inoculer le pus variolique à l'aide d'une incision faite sur le dos de la main entre les deux premiers métacarpiens. C'était et c'est encore aujourd'hui la méthode généralement adoptée dans toutes les parties de l'Asie et du continent africain où règne la variolisation.

La vieille Thessalienne dont nous avons parlé pratiquait l'incision en croix sur le visage, et en particulier sur le front, le menton et près des oreilles. Elle mêlait le sang qui en sortait avec un peu de pus variolique; on couvrait les petites plaies, et on laissait l'appareil de cinq à six heures. M. Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro, en Algérie, décrit ainsi le mode opératoire usité chez les Kabyles : « Avec un couteau ou avec une épine d'aloès, ils tracent sur la peau, le plus généralement sur la main gauche, plusieurs lignes parallèles jusqu'à ce qu'il s'écoule un peu de sang bien vite arrêté par une légère compression; puis l'opérateur recueille sur de la laine très fine le pus d'une pustule variolique et pratique pendant une minute ou deux des onctions légères sur les petites plaies. Le pus est emprunté sur un variolifère, quelle que soit la gravité de la maladie. Au Sénégal, les scarifications pratiquées au niveau du poignet ou de la partie postérieure de l'avant-bras sont recouvertes de virus ou de débris de croûtes. Chez les indigènes du Foutah, c'est sur les tempes qu'est faite l'incision.

2° *La piqûre.* — Ce procédé n'est guère moins ancien que celui de l'incision. Il était de temps immémorial employé en Circassie et en Géorgie sur les femmes destinées aux harems de Perse et de Turquie. Il se pratiquait avec une aiguille fine trempée dans du pus varioleux. Les Géorgiens inséraient ce pus sur l'avant-bras, les Arméniens entre les deux cuisses. Le voyageur la Motraye a vu une Circassienne inoculer sur les deux cuisses avec un faisceau de trois épingles. D'après le Dr Girard, médecin de 2e classe de la Marine, les piqûres se font au niveau des malléoles chez les Maures, sur la côte occidentale de l'Afrique.

Ce n'est guère qu'à l'époque où la variolisation eut été transportée en Europe que la piqûre se fit avec une lancette. Lorsque le roi d'Angleterre, sur les instances de la princesse de Galles, se décida à faire expérimenter la variolisation sur six prisonniers de Newgate, c'est à la lancette qu'on eut recours pour l'inocula-

tion. C'est encore la lancette qui servit à inoculer 200 personnes appartenant à l'élite de la société de Londres.

L'usage de la lancette faisait partie de la méthode employée en Angleterre par Daniel Sutton.

Lorsque en 1760, Gatti, professeur à Pise, vint à Paris pour y propager l'inoculation variolique, voici comment il la pratiquait: il se servait d'une épingle trempée dans du pus variolique qu'il insérait sous l'épiderme du bras.

3° *Le séton.* — L'inoculation variolique comme la variole a régné dans les Indes orientales dans les temps les plus reculés. Les Brahmes s'étaient réservé le droit de pratiquer cette opération. Celle-ci consistait à faire passer à travers la peau du mollet un fil de soie imbibé de pus variolique. On retirait ce fil le troisième ou le quatrième jour. Le pasteur Chais, cité par Valentin, assure qu'au Bengale, cette opération était pratiquée depuis longtemps, et que les Européens qui y étaient établis y soumettaient leurs enfants.

Dans certains comtés de l'Angleterre on a trouvé des traces d'une opération analogue. Cette opération consistait à pratiquer une incision d'un pouce à la partie externe et moyenne du bras au-dessous du deltoïde, puis à introduire dans la plaie un fil trempé dans le pus d'un bouton variolique bien développé, sans rougeur à la base et provenant d'un enfant sain. Ce fil était laissé quarante heures en place.

4° *Le grattage ou l'excoriation de la peau.* — Ce procédé, dont quelques médecins ont, dans ces derniers temps, tenté de ressusciter l'usage pour la vaccination jennérienne, paraît avoir été employé en Angleterre et en Ecosse. Les habitants du pays de Galles se frottaient, dit-on, les mains jusqu'au sang contre les mains de sujets atteints de variole bénigne ; une gratification était accordée à celui qui avait communiqué ainsi la variole. Longtemps auparavant, les Circassiens enveloppaient les jambes du patient avec des linges imbibés d'une décoction émolliente, puis frictionnaient la peau avec des croûtes varioliques en poudre.

Tronchin avait recours à l'application d'un vésicatoire pour dénuder la peau qu'il soumettait ensuite à l'action du virus varioleux. Dans certaines régions de l'Angleterre, dit Alexandre Monro, on grattait la peau avec le dos d'un couteau jusqu'à ce qu'elle fût écorchée, puis on frottait avec le pus variolique la partie ainsi déchirée. Dans le Saloum, sur la côte occidentale de

l'Afrique, on dépose le virus sur des plaies consécutives à des brûlures produites à l'aide de l'amadou.

3° *L'inoculation avec les croûtes.* — Ce mode de variolisation constitue ce qu'on a appelé la *méthode chinoise*. Il consistait à introduire dans les fosses nasales des tampons ou des mèches de coton imprégnés de poudre et provenant de croûtes varioliques préalablement desséchées; d'autres fois, on faisait respirer ces poudres par les narines à la manière du tabac. Ces poudres étaient obtenues avec des croûtes recueillies sur des malades atteints de variole bénigne. On les conservait dans des boîtes en porcelaine soigneusement fermées à la cire pour les préserver de toute altération.

Les Chinois pratiquaient la variolisation à l'aide d'un long chalumeau d'argent à travers lequel on soufflait dans les narines des poussières de croûtes varioleuses.

A Constantinople on a essayé, paraît-il, de varioliser les patients en leur faisant avaler des croûtes varioliques. M. le professeur Masse, auquel nous avons emprunté un grand nombre de faits concernant les origines de la variolisation, dit avoir appris par M. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, que, dans le département de Tarn-et-Garonne, on inoculait autrefois en faisant manger aux enfants des croûtes de pain trempées dans du pus variolique, puis immergées dans de l'eau vineuse pour empêcher le dégoût qu'elles auraient inspiré.

Soins préliminaires ou consécutifs à la variolisation. — Nous n'avons pas de notions exactes sur les soins et précautions auxquels on avait recours dans les temps anciens pour assurer le succès de l'inoculation. Ce n'est guère qu'au XVIIIe siècle que quelques opérateurs se sont, dans ce but, imposé quelques précautions. C'est ainsi que la vieille Thessalienne, qui a inoculé le fils de lady Montagne, ne pratiquait ses opérations qu'en hiver et à l'approche du printemps; elle ne recueillait le virus que sur des sujets atteints de variole bénigne, et n'inoculait que des individus bien portants.

Le choix du sujet qui fournissait le pus variolique a beaucoup préoccupé Daniel Sutton, Guiot, membre de l'Académie de chirurgie, et la plupart des inoculateurs du XVIIIe siècle; ils attachaient une grande importance à ce que la variole de ce sujet fût discrète. C'est avant la maturité des boutons et au cinquième jour de l'éruption que le liquide virulent devait être recueilli.

Un certain nombre de médecins préparaient leurs clients à l'opération en les soumettant à l'action des débilitants : régime sévère, saignée, purgatifs. Mais Gatti, professeur à Pise, protesta contre cette méthode ; il ne condamnait jamais le patient à la diète et au repos. Après l'opération, il appliquait un emplâtre sur le lieu des piqûres et abandonnait à la nature le soin de la cicatrisation.

Les observations recueillies par M. Prengrueber en Kabylie lui ont appris que les Arabes pratiquent pendant une minute ou deux des onctions légères sur la petite plaie, puis ils recommandent au patient d'observer un repos absolu, d'éviter l'usage du sel dans les aliments, et enfin dans l'âge adulte de s'abstenir de tout rapport sexuel pendant un mois. Dans certaines régions du sud de l'Algérie. les empiriques conservent le pus et les croûtes varioliques, le tout mélangé avec un peu d'huile dans de petits roseaux qu'ils ferment hermétiquement pour les transporter avec eux dans leur existence nomade.

Quel que soit le mode opératoire employé, les symptômes de la maladie ont toujours été, non pas ceux de la vaccine, mais ceux de la variole, souvent bénigne et discrète, c'est vrai, mais parfois aussi confluente et grave, et dans certains cas mortelle.

Les auteurs qui, à la fin du XVIII[e] siècle, ont traité de l'inoculation variolique, Noël, Gœtz, Dezoteux et Valentin, ont décrit avec les plus grands détails l'exanthème qui succède à l'opération, ses caractères locaux, les phénomènes généraux qui l'accompagnent, la fièvre de suppuration, la dessiccation, les accidents et les complications, etc., et leurs descriptions démontrent l'identité parfaite de la variole inoculée et de la variole spontanée.

Pour donner une idée de la prétendue bénignité que les inoculations du XVIII[e] siècle attribuaient à la variolisation, je citerai textuellement un passage extrait d'un article sur la variole, inséré en 1821 par Monfalcon dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, et qui n'est que le résumé des recherches des auteurs que je viens de citer : « La variole inoculée n'est pas toujours bénigne, à beaucoup près. Il est prouvé que beaucoup d'inoculés ont eu des varioles confluentes très malignes, des ophthalmies opiniâtres, diverses phlegmasies cutanées rebelles, ou qu'ils ont été frappés de cécité, de surdité, ou de vésanies variées. Beaucoup ont été atteints d'engorgements et d'abcès effrayants, d'ulcères de mau-

vaise nature, de douleurs rebelles et d'une intensité extrême. Enfin la cachexie et les maux les plus graves peuvent être les effets de l'opération variolique. La variole inoculée ne préserve pas toujours de la variole confluente, et elle peut être mortelle. »

Trousseau, à l'hôpital Necker, a expérimenté l'inoculation variolique sur un certain nombre de sujets. Comme les inoculateurs du siècle dernier, il a constaté que la maladie qui en résultait était une variole vraie; il eut d'abord quelques cas de variole bénigne, mais, malgré les précautions dont il s'entoura, l'inoculation communiqua à d'autres opérés une variole confluente.

M. Prengrueber, dans le travail qu'il a adressé à l'Académie en 1888, et qui lui a valu un prix de 1,500 francs, déclare, en se fondant sur les observations qu'il a recueillies en Kabylie, que les inoculations varioliques, même mitigées, c'est-à-dire faites avec le pus d'une varioloïde, déterminent un certain nombre d'accidents qu'il a classés en accidents locaux et en accidents généraux.

Accidents locaux. — Sur le lieu même de l'incision, plaie sanieuse couverte de croûtes, puis ulcération rebelle, à bords serpigineux avec gonflement à la périphérie, cicatrisation lente, irrégulière, gonflement consécutif de la main, lymphangite, engorgements ganglionnaires, suppuration, érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras.

Accidents généraux. — 1° Variole confluente possible. Dans le cours d'une épidémie de variole qui désola toutes les tribus de la rive gauche de l'Isser, une famille de la dechara de Matoussa ayant eu l'imprudence d'inoculer dix enfants avec le virus emprunté à un Arabe atteint de variole assez forte, sept de ces enfants succombèrent à une variole confluente. Dans la tribu des Krachna, sur 46 adultes ou enfants atteints de variole consécutive à l'inoculation variolique, 17 succombèrent.

2° Avortement possible des femmes variolisées pendant la grossesse.

3° Syphilis possible à la suite de la variolisation. M. le Dr Véron Louis, médecin en chef de l'ambulance de Khenchela, dans une note adressée à l'Académie en 1882, assure que, sur une statistique approximative de 100 Arabes variolisés, il y a eu 40 éruptions confluentes, dont 13 mortelles, 50 discrètes et 10 résultats nuls.

Dans un travail intitulé : *la Vaccine au Tonkin*, le Dr Simond, médecin de première classe du corps de santé des colonies,

signale la pratique de la variolisation sur la muqueuse des narines et les épidémies varioliques qui en sont la conséquence, parmi les causes qui déciment la population surtout en février et en juin, et déterminent la cécité si fréquente dans ces contrées.

Dans un rapport adressé l'an dernier à l'Académie, le Dr Hubbé, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé du XIe corps d'armée, s'exprime ainsi : « Un préjugé des plus enracinés chez les Arabes de la Régence de Tunis, consiste à croire qu'ils doivent varioliser leurs enfants pour les préserver de la contagion. Erreur redoutable, qui enlève annuellement aux indigènes une partie de leur nombreuse descendance. L'Arabe tunisien de vingt ans, sur lequel un examen attentif ne permet pas de découvrir de cicatrices de variole, est l'exception. Tous ou presque tous sont enlaidis, défigurés. Heureux ceux qui, à côté des borgnes et des aveugles par variole oculaire, finissent par vivre en bonne intelligence avec l'astigmatisme irrégulier auquel les condamne une cornée à facettes. »

Je ne pousserai pas plus loin ces citations, preuves indéniables de l'influence néfaste de la variolisation. Aussi bien nos rapports annuels ne fourmillent-ils pas d'exemples semblables empruntés aux travaux des médecins militaires qui concourent pour les prix de vaccin ?

L'exposé historique que j'ai tracé de la variolisation, telle qu'elle existait dans les temps les plus reculés et telle qu'elle existe encore dans certaines parties de l'Asie et de l'Afrique, nous aidera, espérons-le, à jeter quelque lumière sur les questions graves que soulève la variolisation, telle qu'elle est comprise et pratiquée par quelques médecins de nos jours. L'étude et la discussion de ces questions fera l'objet d'une communication ultérieure.

Discussion.

Sur la tuberculose larvée des trois amygdales (1).

M. Dieulafoy : Je vais répondre aux observations qui viennent d'être faites par notre distingué collègue, M. Cornil, qui dès ce

(1) Voir p. 437, 473 et 498.

matin avait eu l'obligeance de me prévenir, des points sur lesquels porterait son argumentation.

M. Cornil se demande si les cobayes chez lesquels j'ai développé la tuberculose par l'inoculation de fragments d'amygdales et de végétations adénoïdes, ont été véritablement atteints de tuberculose vraie et si l'on ne pourrait pas supposer chez eux une pseudo-tuberculose. Il ne peut exister aucun doute à ce sujet : ce qui prouve que ces cobayes étaient manifestement tuberculeux, c'est que le chancre tuberculeux résultat de l'inoculation *contenait le bacille de la tuberculose.* Il s'agissait donc bien d'une lésion tuberculeuse et non pas d'une lésion pseudo-tuberculeuse.

M. Cornil s'est également demandé si les amygdales qui m'ont servi à rendre les cobayes tuberculeux contenaient le bacille à leur surface ou dans la profondeur de leur tissu. Or ce qui dans d'autres organes pourrait être considéré comme lésion de surface, on peut le considérer dans les amygdales comme lésion atteignant la profondeur de l'organe, étant donnée la disposition des cryptes de l'amygdale. Ce qui est certain, c'est que l'amygdale offre un asile favorable au bacille de la tuberculose, bacille qui n'y reste pas toujours confiné et qui trop souvent passe de l'amygdale dans le réseau lymphatique et dans les ganglions correspondants (constatation bactériologique de Orth).

Du reste, la présence des bacilles de la tuberculose dans le tissu amygdalien est considérée en Allemagne comme un fait *presque banal.* J'ai déjà fait allusion, lors de ma première communication, aux travaux de Cohnheim, de Weigert, de Schlenker, de Krueckmann, de Orth, etc.

Orth a constaté la tuberculose amygdalienne chez des enfants morts de diphtérie et dont les poumons n'étaient nullement tuberculeux.

Schlenker rapporte que sur vingt et un cadavres de phtisiques, sur lesquels on a fait des recherches, treize fois les amygdales étaient tuberculeuses.

Des résultats analogues ont été obtenus par Durochowsky.

Krueckmann nous dit dans son travail de 1894 : « Dans le semestre du 1er janvier au 15 juillet 1894 j'ai examiné, microscopiquement, les amygdales, dans les cas où il existait une tuberculose des glandes du cou; et j'ai trouvé dans chaque cas une tuberculose des amygdales. Vu la grande importance pratique de la question, j'ai cru devoir publier nos résultats. »

Comme conclusion de son travail, Krueckmann admet la tuberculose amygdalienne dans une proportion considérable, et bien supérieure encore à la proportion que j'ai donnée comme résultat de mes expériences.

Les conclusions formulées par les auteurs allemands ne visent pour la plupart que des tuberculoses amygdaliennes secondaires consécutives à une tuberculose pulmonaire, tandis que j'ai pris pour base de mon travail des tuberculoses amygdaliennes larvées ou latentes, les sujets étant encore indemnes de toute tuberculose du poumon.

M. Cornil : Je suis d'accord avec M. Dieulafoy sur tous les points pour lesquels je ne l'avais pas argumenté, mais il n'a pas répondu aux objections fondamentales que je lui ai faites, à savoir si le tissu amygdalien inoculé était réellement tuberculeux ou contenait simplement à sa surface des bacilles de Koch. En effet, les cryptes de l'amygdale sont remplies de microbes de toute espèce, les uns pathogènes, les autres indifférents; quand on inocule un fragment de l'amygdale, on inocule donc forcément en même temps les microbes qui sont contenus dans la profondeur des cryptes. Or, si l'on admet, ainsi que les recherches de M. Straus permettent de le supposer, que les bacilles de la tuberculose existent parfois à la surface des amygdales de personnes saines, on comprend que l'inoculation d'une telle amygdale puisse fournir des résultats positifs.

Il ne faut cependant pas en conclure, comme M. Dieulafoy, que cette amygdale est tuberculeuse, mais simplement que le bacille de Koch existait à sa surface ; pour admettre qu'elle fût réellement le siège de tuberculose, il aurait fallu en faire des examens histologiques et bactériologiques.

Je suis bien loin de nier la fréquence de la tuberculose amygdalienne et j'en ai, pour ma part, rapporté de nombreux exemples, soit primitifs, soit secondaires à la phtisie pulmonaire. Mais ce que je ne puis admettre, c'est que l'hypertrophie amygdalienne des jeunes sujets soit une lésion tuberculeuse ; on voit, dans ces cas, une hypertrophie très manifeste du tissu adénoïde, une abondance extrême du tissu conjonctif péri-vasculaire, toutes lésions qui conduisent à une sclérose totale de l'amygdale ; or, cette lésion se prête mal au développement de la tuberculose.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la tuberculose des

ganglions cervicaux n'est pas forcément consécutive à une lésion amygdalienne, et qu'on peut l'observer à la suite d'altérations des muqueuses du nez, de l'œil, de l'oreille, etc. En un mot, ce que j'ai voulu dire, c'est qu'avant de formuler des conclusions, on doit tenir compte de tous les détails indispensables : structure des tissus qu'on inocule, structure des produits secondaires à l'inoculation, caractère histologique des lésions, présence des bacilles caractéristiques. Or, précisément, ces desiderata faisaient défaut dans la communication de M. Dieulafoy.

M. Dieulafoy : Dans son argumentation, M. Cornil tend à transformer la question qui nous occupe en une question d'*histologie;* le fait essentiel, et que j'ai démontré par mes expériences, c'est que bon nombre de grosses amygdales sont des réceptacles à tuberculose ; elles sont l'une des portes d'entrée de la tuberculose ; on a vu quelles en peuvent être les conséquences.

M. Grancher : Il n'y a pas entre MM. Dieulafoy et Cornil un désaccord aussi grand qu'il semble au premier abord et nos deux collègues ont dit, l'un et l'autre, des choses vraies. Les expériences de M. Dieulafoy me paraissent concluantes ; il a tuberculisé des cobayes en leur inoculant des fragments d'amygdale hypertrophiée, et je ne crois pas qu'on puisse contester la valeur de ces expériences. A l'inoculation sous-cutanée a succédé dans le temps réglementaire le chancre avec les bacilles spécifiques, puis l'adénopathie et les lésions viscérales. C'est bien là de la tuberculose expérimentale, et, si M. Dieulafoy se fût contenté de dire qu'avec des amygdales simplement hypertrophiées il avait donné la tuberculose, sa conclusion eût été inattaquable. Mais M. Dieulafoy ne me semble pas en droit de dire que ces amygdales étaient tuberculeuses, puisque l'examen histologique a fait défaut. Ce n'en est pas moins un fait fort intéressant qui vient s'ajouter à ceux que M. Straus a déjà publiés relativement à la présence des bacilles de Koch dans les cavités nasales de sujets sains.

Donc, si M. Dieulafoy n'a pas prouvé la nature tuberculeuse de l'hypertrophie amygdalienne, il a signalé la fréquence du bacille tuberculeux au niveau de l'amygdale. La chose est importante et également vraie pour d'autres muqueuses, telles que la muqueuse intestinale. Or, la constatation de ce fait

éveille l'idée d'un réel péril; ne sait-on pas, en effet, que le bacille de Koch peut traverser les parois intestinales, aller déterminer des lésions ganglionnaires généralisées, sans que cependant l'intestin soit lésé? Pour que M. Dieulafoy puisse prouver l'infection tuberculeuse par l'hypertrophie amygdalienne, il faudra, en dehors des examens histologiques, montrer ce que deviendront ultérieurement les enfants dont les amygdales extirpées ont donné lieu à une infection tuberculeuse expérimentale. Ce sera là une constatation intéressante à faire.

Lectures.

I. M. le Dr Commenge lit un mémoire sur les maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française.

II. M. le Dr Garnault donne lecture d'un travail sur le massage rythmé ou vibration des muqueuses dans le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles. — (*Renvoi à l'examen de* M. Duplay).

— A quatre heures quarante minutes, l'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Polaillon, sur les candidats au titre de correspondant national dans la IIe division (*Chirurgie*).

— A quatre heures cinquante minutes, la séance est levée.

Le Secrétaire perpétuel, Bergeron.

L'Editeur-Gérant : G. Masson.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

LES

PARASITES DES HABITATIONS HUMAINES

ET DES

DENRÉES ALIMENTAIRES

PAR LE

Dr TROUESSART

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ENTOMOLOGIQUE DE FRANCE

---

1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie Scientifique des Aide-Mémoire*

Broché. . . . . **2** fr. **50** | Cartonné . . . . . **3** fr.

Cet Ouvrage résume tous les renseignements pratiques que l'on possède sur les Insectes et les autres Arthropodes que l'on rencontre ordinairement dans les habitations humaines et qui s'y font redouter par leur morsure ou leurs dégâts.

La première Partie passe en revue ces parasites en indiquant leurs mœurs et la nature de leurs ravages, et en insistant sur la nécessité de distinguer les insectes réellement nuisibles de ceux que l'on doit considérer comme des auxiliaires, puisqu'ils dévorent les précédents.

La seconde Partie indique les moyens de défense, c'est-à-dire les meilleurs insecticides et les moyens prophylactiques qui sont ..., les plus efficaces. Un dernier Chapitre fait ...on des *Laboratoires d'Entomologie pratique* ...mettent gratuitement leur savoir à la dispo-

G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

VIENT DE PARAITRE

LE

PHÉNOL SULFORICINÉ

DANS LA

TUBERCULOSE LARYNGÉE

PAR

Le Dr A. RUAULT
MÉDECIN DE LA CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS DE PARIS

Brochure in-8°. . . . . **2 *fr.* 50**

L'auteur, qui avait signalé dès 1889 l'efficacité des applications locales de ce médicament dans la phtisie laryngée, en fait aujourd'hui l'étude complète et détaillée, aux points de vue pharmacologique, technique et thérapeutique. Les résultats de la médication sur 400 malades traités ainsi, depuis près de six ans, de tuberculose du larynx, du pharynx et des premières voies, établissent nettement que le phénol sulforiciné est très supérieur à l'acide lactique et à tous les autres topiques employés en pareil cas.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, rue Cassette, 1.